

# 未成年者施術同意書

(患者)

氏名:

生年月日:

連絡先:

(法定代理人)

氏名:

生年月日:

ご関係:

連絡先:


住所:

ジェイフィール医院で副作用と注意事項についての説明を十分に聞き、患者の施術に同意します。  
これによるすべての責任は、法定代理人本人にあることに同意します。



PREMIER BEAUTY GROUND

20 年 月 日

氏名: 



その他お問い合わせは、代表電話：02) 533-0060